

## CUBIERTA OPCIONAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES (MM-1)

**Este beneficio se adhiere y se hace formar parte del contrato de conformidad con el Artículo 11.18 del CSPR y puede ser seleccionado por el empleado suscrito, siempre y cuando, pague una prima adicional, según las tarifas diseñadas para este producto.**

Esta cubierta complementa o amplía los beneficios cubiertos en el Plan de Servicios de Salud de First Medical Health Plan, Inc. Estarán cubiertos aquellos gastos por servicios médicamente necesarios, que exceden el pago de los beneficios y/o la cantidad de tratamientos cubiertos en la Cubierta Básica, además de otros beneficios adicionales, según se provee en la sección de Gastos Médicos Cubiertos.

### DEFINICIONES

1. **CARGO ACOSTUMBRADO:** Cargo acostumbrado cuando está dentro del conjunto de cargos usuales facturados para un servicio determinado por la mayor parte de los médicos-cirujanos o proveedores de servicios con adiestramiento y experiencia similar dentro de un área determinada.
2. **CARGO USUAL:** El cargo más frecuente que un médico cirujano o proveedor de servicios particular hace a sus pacientes por un servicio determinado.
3. **CARGO RAZONABLE:** Cargo que satisface los criterios de usual y acostumbrado, o podrá ser razonable si en opinión de un comité de revisión apropiado, el mismo amerita consideración especial con arreglo a la complejidad del manejo del caso particular.
4. **CARGOS ADMISIBLES:** Los cargos aceptados bajo contratos con los proveedores participantes y los servicios de salud cubiertos por First Medical Health Plan, Inc.
5. **CERTIFICACIÓN DE BENEFICIOS:** carta donde First Medical Health Plan, Inc. identifica o anuncia su responsabilidad como pagador por los servicios pre autorizados.
6. **DEDUCIBLE EN EFECTIVO:** Aquella cantidad en efectivo que deberá acumularse antes de tener derecho a recibir los beneficios que provee la cubierta de Gastos Médicos Mayores.
7. **ESCALA DE TARIFAS REGULARES DE FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC.:** Listado a base del cual First Medical Health Plan, Inc., pagará los beneficios cubierto por este endoso cuando no proceda pagar dichos beneficios bajo el concepto de cargos usuales, acostumbrados y razonables.

8. **INCAPACIDAD TOTAL:** Completa incapacidad del suscriptor para ejecutar las obligaciones de su ocupación o empleo, y la completa incapacidad de su dependiente para ejecutar las actividades normales de una persona de la misma edad y sexo.
9. **MÁXIMO POR RENGLÓN DE BENEFICIOS:** Cantidad máxima de dinero a pagarse por año de contrato para cada renglón de beneficio descrito en este endoso por cada persona cubierta.
10. **PAGADOR SECUNDARIO:** First Medical Health Plan, Inc. asumirá la responsabilidad como pagador secundario según la regla de coordinación de beneficios y la misma adjudique tal responsabilidad.
11. **TRASPLANTE:** Procedimiento o una serie de procedimientos mediante el (los) cual (cuales) un órgano o tejido es removido del cuerpo de una persona llamada donante e implantado en el cuerpo de otra persona llamado recipiente; o cuando un órgano o tejido es removido e implantado en el cuerpo de la misma persona.

## DISPOSICIONES GENERALES

### *BENEFICIOS*

Los beneficios contemplados en este endoso se pagan directamente al proveedor por International Medical Card (IMC), según acordado o a través de reembolso, a menos que medie una certificación de cubierta por parte de First Medical Health Plan, Inc. Todos los máximos por renglón de beneficios aplicarán por año contrato y se acumularán a base de las cantidades pagadas bajo el beneficio de Gastos Médicos Mayores. Ningún servicio no utilizado en un año contrato podrá ser acumulado para el próximo año contrato.

### *DEDUCIBLE EN EFECTIVO*

\$100 por persona por año contrato.

\$300 por familia por año contrato.

El deducible en efectivo aplicará separadamente al empleado y a cada uno de sus dependientes cubiertos por cada año contrato, excepto que:

1. Los gastos por servicios médicos cubiertos que el empleado o sus dependientes efectúen durante los últimos tres (3) meses de un año contrato y que se apliquen al deducible en efectivo para ese año contrato, podrán aplicarse también al deducible en efectivo para el año contrato siguiente.

2. Si dos (2) o más miembros cubiertos de la misma familia se lesionan en el mismo accidente se aplicará un solo deducible en efectivo durante ese año contrato contra todos los pagos médicos cubiertos que se efectúen como resultados de tal accidente.

### **COPAGOS**

Cada persona o familia cubierta será responsable, luego de acumulado el deducible en efectivo, de pagar el veinte por ciento (20%) de los gastos médicos cubiertos; hasta un máximo de \$2,000 por individuo o \$6,000 por familia. First Medical Health Plan, Inc., pagará el cien por ciento (100%) del exceso de esa cantidad hasta el máximo del beneficio, de acuerdo a la tarifa contratada con el proveedor. En caso de reembolso, se aplicará la misma regla.

### **GASTOS POR SERVICIOS EN PUERTO RICO**

El pago de los gastos por servicios de salud recibidos en Puerto Rico será computado usando la Escala de Tarifas Regulares de First Medical Health Plan, Inc., o el cargo usual, acostumbrado y razonable en Puerto Rico para dichos servicios; lo que sea menor.

El suscriptor podrá, a su opción, coordinar los servicios de cirugía, hospitalización, pruebas diagnósticas especializadas, terapias especializadas o cualquier otro servicio a través de First Medical Health Plan, Inc., autorizando el pago directamente al proveedor de los servicios mediante una certificación de beneficios. En estos casos el suscriptor sólo será responsable del deducible o copago aplicable a un beneficio similar que se preste bajo la cubierta básica.

## **GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS**

Los gastos por concepto de servicios médicos cubiertos, se pagarán según se dispone a continuación:

Luego de agotados los beneficios en la cubierta básica y acumulado el deducible en efectivo, First Medical Health Plan, Inc., pagará el ochenta por ciento (80%) de los gastos médicos cubiertos. El suscriptor será responsable por el restante veinte por ciento (20%), hasta acumular la cantidad de **\$2,000 en copagos por individuo** o **\$6,000 por familia** durante el año contrato. First Medical Health Plan, Inc., pagará el cien por ciento (100%) del exceso sobre dicha cantidad por el tiempo restante del año de contrato, hasta el máximo del beneficio de acuerdo a las tarifas contratadas con el proveedor. En caso de reembolso se aplicará la misma regla.

**BENEFICIOS CUBIERTOS**

Enfermeras Especiales en el Hospital	Se cubrirán los servicios de una Enfermera Graduada (RN), o de una Enfermera Práctica Licenciada (LPN), por servicios privados de enfermería, certificado como médicamente necesarios y prestados por una persona que no sea miembro de la familia inmediata o viva bajo el mismo techo. Se pagará hasta \$2,000 dólares por año contrato, a un máximo de \$150 por turno de ocho (8) horas.
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Hasta dos mil dólares \$2,000 por año contrato.
Terapias Físicas	Hasta doce (12) tratamientos.
Terapias Respiratorias Ambulatorias (En Oficina Médica)	Hasta doce (12) tratamientos.
Rayos Láser	Tratamiento intraocular hasta dos mil dólares \$2,000. Excepto procedimientos y/o cirugías foto refractiva para corregir problemas de visión.
Quiropráctico	Estarán cubiertas hasta treinta (30) manipulaciones.
Servicio de nutricionistas y dietistas	Hasta dos (2) visitas por año contrato de cada una.

Terapia del Habla	Se cubrirán los servicios prestados por un terapeuta del habla, por problemas resultantes de una enfermedad o accidente cubierto, hasta treinta (30) visitas.
Aparatos Prostéticos	Hasta un máximo de \$10,000 para la sustitución de partes del cuerpo y/o artefactos para el mantenimiento de su funcionamiento. No cubre el reemplazo.
Facilidades de Convalecencia	Hasta sesenta (60) días por concepto de una estadía comenzada no más tarde de diez (10) días luego de la persona ser dada de alta de un hospital, por motivo de la misma condición, o una relacionada, que ocasionó la hospitalización. El beneficio estará limitado al pago del cincuenta por ciento (50%) del per diem promedio contratado por First Medical Health Plan, Inc., con los hospitales participantes.
Cuidado de Salud en el Hogar	Hasta veinte (20) visitas por año contrato por miembros de una agencia de cuidado de salud en el hogar para brindar: servicios de enfermería por o bajo la supervisión de un (a) enfermero(a) graduado(a); servicios prestados primordialmente para el cuidado del paciente por un auxiliar de servicios en el hogar; terapia física, ocupacional o del habla, prestadas por terapeutas cualificados para cada tipo de terapia. Para estar cubiertos, dichos servicios no podrán ser brindados por una persona que viva bajo el mismo techo o sea miembro de la familia inmediata del paciente.

Servicios NO disponibles en Puerto Rico ofrecidos en Estados Unidos de Norteamérica

1. First Medical Health Plan, Inc. cubrirá los servicios solamente si las siguientes condiciones se cumplen:
  1. El proveedor que refiere tiene que demostrar que el equipo, tratamiento o facilidades médicas requeridas para proveer el tratamiento necesario al suscriptor no están disponibles en Puerto Rico. Un servicio no se determinará no disponible en Puerto Rico si la petición para el servicio provisto fuera de Puerto Rico envuelve una modificación al equipo, técnica o reconocimiento de un proveedor en específico.
  2. El servicio tiene que ser coordinado y pre autorizado por First Medical Health Plan, Inc. con por lo menos cinco días laborables de anticipación a la fecha del servicio.
  3. Los servicios tienen que ser provistos por proveedores/facilidades autorizadas por First Medical Health Plan, Inc.
  4. Todos los servicios en esta sección están sujetas a copagos, coaseguros y deducibles aplicables para los servicios descritos en la cubierta.

Si el servicio o tratamiento no es autorizado ni coordinado por First Medical Health Plan, Inc., el suscriptor será responsable por la totalidad del pago del servicio o tratamiento. First Medical Health Plan, Inc. reembolsará al suscriptor basado en las tarifas contratadas en Puerto Rico, menos copagos, coaseguros y deducibles aplicables según descritos en este endoso y la cubierta;

solamente si las condiciones A1 y A2 se cumplen. Para recibir reembolso, el suscriptor debe proveer a First Medical Health Plan, Inc. toda la evidencia médica y financiera necesaria dentro del periodo de noventa (90) días desde la fecha del servicio o del alta.

## Trasplante de Órganos

### Beneficio Máximo

El beneficio máximo por cada tipo de trasplante es de \$50,000 por suscriptor. Estos servicios estarán cubiertos por indemnización o asignación de beneficios a través de facilidades establecidas en la Red de Trasplante en y fuera de Puerto Rico. Se requiere autorización previa del plan para cada una de las etapas del trasplante: pre-trasplante, trasplante y post trasplante.

### Servicios Pre-Trasplante

Gastos están cubiertos sujeto al beneficio máximo establecido en la cubierta y están cubiertos inmediatamente 30 días antes del procedimiento del trasplante. Además, First Medical Health Plan, Inc. cubrirá una evaluación por trasplante para determinar si el paciente es candidato elegible para el trasplante independientemente de la fecha en que se haga el mismo.

### Trasplantes cubiertos

Corazón, corazón-pulmón, pulmón (unilateral o bilateral), hígado, páncreas-riñón, riñón, médula ósea e intestino delgado.

### Recipiente

Cubre los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluye evaluación, cuidado previo a la cirugía, trasplante, cuidado post-cirugía y medicamentos inmunosupresores.

### Obtención de los órganos

Cubre los gastos y servicios brindados o relacionados con la obtención, conservación y

transportación de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto. Además, incluye la evaluación previa a la cirugía y la cirugía necesaria para remover el órgano o tejido del donante.

#### Trasplante de médula ósea

Cubre los trasplantes alogénicos, autólogos, singénicos y de células troncales hematopoyéticas siempre que estén indicados en las siguientes condiciones y enfermedades: cáncer del seno, trastornos hematológicos no malignos tales como anemia aplásica, leucemia aguda linfocítica, leucemia aguda no linfocítica, leucemia aguda mielógena, leucemias agudas y crónicas mielógenas en remisión, osteopetrosis maligna infantil, síndrome de Wiskott-Aldrich, enfermedad de Hodgkin, linfomas que no sean tipo Hodgkin, neuroblastomas en etapas avanzadas e inmunodeficiencia combinada severa.

#### Transportación

Desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante. Si el paciente es menor de 19 años de edad se cubrirá la transportación para dos acompañantes (padres o personas que tengan la custodia legal del paciente).

#### Comida y alojamiento

Hasta un máximo de \$150.00 diarios por persona o \$200.00 diarios por dos personas (padres o personas que tienen la custodia legal del paciente que es menor de 19 años de edad).

#### Máximo de gastos cubiertos por este endoso para transportación, comida y alojamiento Retrasplantes

\$10,000 por cada tipo de trasplante.  
Hasta el máximo establecido para cada tipo de trasplante cubierto.

#### Inmunosupresores

Cubre medicamentos inmunosupresores aprobados por la Federal Drug Administration (FDA) y medicamentos usados en terapias inmunosupresoras. El beneficio está cubierto hasta el máximo establecido en esta cubierta.

**REQUERIMIENTOS DE ELEGIBILIDAD PARA LOS TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

- Deberá ser un suscriptor activo de First Medical Health Plan, Inc. y los servicios solicitados deben estar cubiertos dentro de los beneficios de este contrato.

**PERIODOS DE ESPERA PARA LOS TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

- En caso de un grupo sin plan médico anterior, le aplicará un periodo de espera de 90 días, siguientes a la fecha de vigencia de este endoso, para ser elegible a este beneficio.
- Durante el periodo de espera de este endoso no estarán cubiertos los gastos médicos incurridos relacionados con un pre-trasplante, post-trasplante o re-trasplante, así como cualquier gasto relacionado con la administración de medicamentos inmunosupresores.
- Cualquier gasto médico con servicios relacionados con un pre-trasplante estarán cubiertos luego de transcurrido el periodo de espera establecido en el endoso y pre autorizado por First Medical Health Plan, Inc.

**EXCLUSIONES GENERALES PARA LOS TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

1. Servicios que se presten mientras el contrato de la persona cubierta no esté en vigor.
2. Servicios disponibles de acuerdo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona cubierta no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Servicios o tratamientos para lesiones o enfermedades que la persona cubierta reciba o desarrolle mientras comete un delito o incumple con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquier otro país, por la persona cubierta excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
4. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
5. Gastos o servicios de comodidad personal como teléfono, televisión, servicios de cuidado supervisado, casa de descanso, hogar de convalecencia o cuidado a domicilio.

6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto los especificados en este endoso.
7. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la Federal Drug Administration (FDA), Department of Human and Health Services (DHHS), el Departamento de Salud.
8. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto First Medical Health Plan, Inc. determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo este endoso. Una vez incluidos en la cubierta, First Medical Health Plan, Inc. pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dicho servicio se hubiese prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.
9. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos prestados o recibidos sin una pre autorización de First Medical Health Plan, Inc.
10. Gastos ocasionados por guerra o conflicto internacional armado.
11. Gastos por servicios de enfermeras especiales y gastos por visitas a domicilio.
12. Servicios prestados por ambulancia marítima o aérea fuera de Puerto Rico.

Nota: Este beneficio está disponible para el suscriptor con el pago de prima adicional y el mismo será parte del contrato grupal.

## EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Las exclusiones de la Cubierta Básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.

### **Cubierta de Gastos Médicos Mayores:**

1. Gastos ocasionados por guerra o conflicto internacional armado.
2. Servicios mientras esté internado en una institución que primordialmente sea una escuela u otra institución para entrenamiento, un lugar de descanso, un asilo para ancianos o un sanatorio particular.
3. Servicios prestados por una ambulancia aérea excepto en casos de emergencia para las islas municipios de Vieques y Culebra. Se excluyen, además, los servicios prestados por una ambulancia marítima.
4. Gastos por servicios limitados o excluidos en la cubierta básica excepto los indicados en este endoso.
5. Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de, o en el curso del empleo de la persona cubierta.
6. Servicios que se puedan cubrir bajo leyes de compensaciones por accidente del trabajo o gastos por accidentes de automóviles (según definido en seguro de automóvil).
7. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
8. Servicios que sean recibidos gratuitamente.
9. Servicios prestados a la persona cubierta por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.
10. Los que sean incurridos en artículos de comodidad personal.
11. Todos aquellos servicios o beneficios excluidos de la Cubierta Básica o de cualquier cubierta opcional de First Medical Health Plan, Inc. no mencionado como gasto médico cubierto por este Endoso de Gastos Médicos Mayores, continuarán excluidos.
12. Gastos por deducibles, copagos y coaseguros aplicables a la cubierta básica o cualquier opcional de First Medical Health Plan, Inc. y gastos que exceden los límites de beneficios máximos provistos por este endoso.

---

**Firma**  
**Oficial Autorizado**